UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951 No 79

Localisations viscérales des Brucelloses

Leur fréquence dans la Région Toulousaine

Etude et Statistique portant sur 175 observations

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Toulouse

PAR

Jean DE GODEBOUT

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MEMBRES DU JURY	MM. ANDRIEU.	*Président.*
	GUILHEM.	
	MmeENJALBERT.	*Assesseurs.*
	BAZEX.	
	LAPORTE.	*Suppléant.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CAUSSE, GRAILLE ET CASTELNAU
7, rue Dom-Vaissette

1951

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951 No 79

Localisations viscérales des Brucelloses

Leur fréquence dans la Région Toulousaine

Etude et Statistique portant sur 175 observations

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Toulouse

PAR

Jean DE GODEBOUT

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MEMBRES DU JURY	MM. ANDRIEU.	*Président.*
	GUILHEM.	
	MmeENJALBERT.	*Assesseurs.*
	BAZEX.	
	LAPORTE.	*Suppléant.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CAUSSE, GRAILLE ET CASTELNAU
7, rue Dom-Vaissette

1951

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL	MM.
DOYEN	LEFEBVRE.
ASSESEUR	BRUSTIER.
Doyens honoraires	CORSE. CALVET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RISPAL. SERR. — MM. MERIEL CLERMONT. — MM. RIBAUT. VALLOIS. — MM. LAFFORGUE. GARIPUY.

PROFESSEURS	MM.
Clinique de neurologie et psychiatrie	RISER.
Clinique médicale	TAPIE (J.). ROQUES.
Clinique obstétricale	GUILHEM.
Physiologie	SOULA.
Clinique chirurgicale du cancer	DUCUING.
Physique biologique et médicale	BUGNARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA.
Chimie et toxicologie	BRUSTIER.
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL.
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE.
Anatomie	LAZORTHES.
Histoire naturelle	DELAS.
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.).
Pharmacie	CAUJOLLE.
Pathologie interne et clinique des maladies de la tuberculose	MOREL.
Bactériologie, hygiène et médecine sociale	ANDRIEU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE.
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.).
Matière médicale	VINCENT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL.
Anatomie pathologique	FABRE (J.).
Clinique oto-rhino-laryngologique et Chirurgie maxilio-faciale	CALVET.
Clinique ophtalmologique	CALMETTES.
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.).
Médecine légale et médecine du travail	PLANQUES.
Histologie et embryologie	BROUSSY.
Médecine sociale	BONHOURE.
Thérapeutique	GADRAT.
Pathologie chirurgicale	GRIMOUD.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	MM. COULOUMA.
Physiologie	BAISSET.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MAITRES DE CONFERENCES. — AGREGES

		MM.
Anatomie		POULHES.
Histologie		RIMES, ch. f.
Sciences naturelles		BOUISSET.
Bactériologie	Mme	ENJALBERT.
Chimie bilogique		POLONOVSKY.
Chimie biologique		AUVERGNAT.
Physique médicale		BLANC.
Chimie générale pharmaceutque	Mme	DULUCQ-
Botanique		MATHOU.
Pharmacie		COUTURIER

AGREGES

	MM.
Médecine	DARNAUD. GERAUD. DARDENNE. LAPORTE. BAUDOT.
Chirurgie	RIEUNAU. DIEULAFE. DAMBRIN (P.).
Ophtalmologie	DEODATI.
Physique médicale	MARQUES.
Obstétrique	PONTONNIER.
Odonto-stomatologie	CADENAT.
O. R. L.	CLAUX.

COURS COMPLEMENTAIRES

	MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GUILHEM.
Chimie biologique	DOUSTE-BLAZY.
Chimie minérale	BLANC.
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT.
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX.
Législation pharmaceutique	BOUISSET.
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.).
Chirurgie pulmonaire	DAMBRIN (P.).
Parasitologie	LASSERRE.
Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ-
Chimie analytique	MATHOU.
Hydrologie	ASTRE.
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS.
Pharmacodynamie	
Etudiants en médecine	BAISSET.
Etduiants en pharmacie	CAUJOLLE.
Bactériologie et hygiène	LAPORTE.
Urologie	LHEZ.
Ophtalmologie	LEODATI.
Neuro-chirurgie	LAZORTHES.
Mycologie	MORQUER.
Psychiatrie	GAYRAL.
Physiologie	COLOMBIES.
Secrétaire de la Faculté	ARGILAS.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délibération en date du 12 mai 1891)

A MON PERE

Que son exemple me serve toujours de guide.

A MA MERE

En témoignage de mon affection et ma profonde reconnaissance.

A MA FEMME ET A SA FAMILLE

A MON FILS ET A MA FILLE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDRIEU

Professeur de Bactériologie,
Hygiène et Médecine sociale
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre Jury.

Il nous a inspiré le sujet de notre thèse et a guidé notre travail de ses précieux conseils.

A NOTRE JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL GUILHEM

Professeur de Clinique Obstétricale

Qui nous a donné tant de preuves directes de son amitié. Que cette thèse soit l'occasion de lui exprimer notre profonde gratitude.

MADAME LE PROFESSEUR ENJALBERT

Professeur agrégé à la Faculté

Nous gardons de votre enseignement au Laboratoire de la Faculté, un souvenir reconnaisant.

MONSIEUR LE DOCTEUR BAZEX

Chargé de Cours à la Faculté
Chef de travaux pratiques d'anatomie pathologique

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de faire partie de notre Jury.

SUPPLEANT

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPORTE

Professeur agrégé à la Faculté

Qui a guidé nos premiers pas en médecine.

En toutes circonstances, il n'a jamais cessé de nous prodiguer son aide efficace et bienveillante.

En témoignage de notre vive reconnaissance.

A Monsieur le Professeur JANBON

Professeur de Thérapeutique et de Clinique
des Maladies Infectieuses à la Faculté de Montpellier.

Nous le remercions vivement pour l'amitié qu'il nous a témoignée, pour l'aide éclairée que nous avons trouvée dans ses travaux et pour les précieux documents qu'il a bien voulu nous confier.

Nous le prions de croire à notre respectueux attachement.

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX

ET DE LA FACULTÉ

A TOUS MES CAMARADES.

INTRODUCTION

Il semble vain à l'heure actuelle d'entreprendre un travail sur la mélitococcie, tant les travaux consacrés à cette maladie sont nombreux.

Sans chercher à répéter inutilement des faits bien établis, et sans avoir la prétention d'apporter des notions véritablement nouvelles, nous bornerons notre ambition à préciser un point particulier qui paraît jusqu'à présent être resté dans l'ombre.

On a beaucoup cité le fameux aphorisme de Charles NICOLLE ; il semble bien que la fièvre de Malte ait vu se réaliser l'avenir qui lui avait été prédit, non seulement dans l'extension de son aire géographique qui suit étroitement celle des brucelloses animales, mais encore dans l'évolution et dans la diversité de ses manifestations cliniques.

De plus en plus, en effet, on observe que la maladie se caractérise par une forte proportion de formes viscérales.

S'agit-il vraiment d'une plus grande fréquence de ces formes, ou les cliniciens ont-ils appris à mieux les connaître ?

Telle est la question que nous nous proposons d'examiner sur le conseil de M. le Professeur ANDRIEU, en étudiant sous ses directives les observations recueillies dans le centre hospitalier de Purpan au cours de ces dernières années. Au seuil de ce travail, qui repose sur l'analyse de 175 observations, qu'il nous soit permis de remercier les Professeurs TAPIE, ROQUES, SOREL, DARNAUD, BAUDOT qui ont bien voulu nous autoriser à puiser dans leurs dossiers et à joindre leurs documents à ceux qui ont été mis à notre disposition par notre Maître le Professeur ANDRIEU.

Qu'il nous soit également permis d'exprimer notre gratitude à M. le Professeur JANBON, de Montpellier, pour sa bienveillante amabilité et les documents précieux qu'il nous a confiés.

Avant d'entrer dans le vif du sujet nous nous excusons de ne pas présenter l'historique de la maladie ; il nous a semblé qu'il était bien connu et que ce rappel était inutile.

Nous précisons également que nous écartons volontairement de notre travail les localisations ostéo-articulaires et nerveuses bien connues, qui actuellement posent peu de problèmes, les localisations testiculaires rarement isolées qui constituent plutôt un symptôme et qui, à ce titre, sortent du cadre d'une description des formes viscérales.

Notre sujet se trouve ainsi limité et se borne à l'étude de la fréquence des formes viscérales ainsi comprises ; il comporte deux parties que nous envisagerons successivement.

A. — *L'aspect clinique des formes viscérales*
(*avec à l'appui l'étude des observations typiques*)

B. — *La fréquence de ces formes viscérales*
dans la région Toulousaine.
(*Statistique effectuée sur* 175 *observations.*)

FORMES RESPIRATOIRES

Ce sont les mieux connues.

A) *Atteintes des voies aériennes supérieures.*

Parmi celles-ci, la pharyngite et l'amygdalite sont les plus fréquentes. La pharyngite est banale avec sa rougeur diffuse. L'amygdalite de Bang est uni ou bilatérale et peut présenter le tableau d'une angine banale. On sait qu'on a pu cultiver les brucella à partir de prélèvements amygdaliens.

Le coryza et la laryngite seraient plus rares

Dans nos observations, nous avons relevé un cas où la mélitococcie semble avoir débuté par une angine. (Obs. 92.)

PAN... Noémie, infirmière, contamination ? (Service du Professeur TAPIE.)

En août 1946, elle présente une angine aiguë et bientôt après, température, sueurs, algies diffuses. On pense d'abord à un R. A. A. Le traitement salicylate + thiazomide entraîne une sédation.

En novembre 46, nouvelle poussée de forme sudoroalgique ; même traitement, même effet. Mais une asthénie très importante subsiste.

En juin 1948 : intradermo positive ; séro-diagnostic positif ; pas de mononucléose sanguine. Un traitement par le vaccin intra-veineux amène l'apyrexie.

B) *La Bronchite.*

La bronchite discrète est un symptôme banal de la mélitococcie.

La localisation bronchique est caractérisée par une toux quinteuse, émétisante même. A l'auscultation, on trouve des râles de bronchite et fréquemment, quelques petits râles humides signant la présence de foyers congestifs.

Particularités intéressantes à noter : cette bronchite se localise surtout dans les parties supérieures du poumon, contrairement à la typhoïde (Griesemer). (17) Les râles congestifs qui l'accompagnent siègent au niveau des bases.

Dans certains cas, où l'atteinte du foie est concomitante des hémoptysies s'associent à la bronchite, offrant le tableau d'une pseudo-tuberculose. Ces faits sont surtout observés en Amérique.

Autre particularité : son évolution est longue ; ce sont des bronchitiques chroniques. BETHOUX (10) y insiste et rapporte des cas d'une durée de 4 à 5 mois. Elle guérit toujours. Nous l'avons retrouvée fréquemment dans nos observations, mais dans tous les cas, il s'agissait de bronchite légère, jamais de véritables formes bronchiques.

C) *Les formes pulmonaires.*

Elles sont polymorphes et groupent tous les stades pouvant se rencontrer entre la congestion simple et le syndrome pneumonique. Rien ne les distingue des congestions pulmonaires grippales. Comme elles, elles peuvent encore posséder un caractère hémorragique.

Voici une observation où la congestion pulmonaire a été la première manifestation de la maladie :

Obs. 15. — CONS... Marguerite, 24 ans, cultivatrice.

En décembre 1947, syndrome pulmonaire aigu avec point de côté, toux, fièvre. A l'auscultation, râles congestifs et quelques râles de bronchite. Pas de radiographie ni de radioscopie.

Deux mois plus tard, elle entre dans le service du Professeur TAPIE avec une mélitococcie à forme sudoro-fébrile.

Intradermo positive ; séro-diagnostic positif ; mononucléose sanguine.

Dans une autre observation (*Obs. 49*), c'est au cours de l'évolution qu'apparaît une congestion pulmonaire bilatérale, associée d'ailleurs à une néphrite.

L'évolution est lente, mais la guérison est la règle, les séquelles fibreuses l'exception. C'est là une opinion devenue classique, confirmée par GRIESEMER (17) et BAUGAS (7). LAFFERTY et PHILIPS (1937) ont cependant décrit dans trois cas une évolution vers une « fibrose rapidement progressive » avec des preuves radiologiques. Récemment, le Dr BAUDOT a publié (1949) un cas où l'évolution s'est faite vers l'excavation : une caverne du lobe supérieur gauche. Reconnue par lui et non traitée, elle a complètement disparu, ainsi qu'a pu le démontrer une tomographie à coupes sériées. DUHAMEN avait également rapporté le cas d'un abcès du poumon d'origine mélitococcique.

Nous n'insisterons pas sur la similitude avec la tuberculose, elle est devenue bien classique. Il nous suffira de dire que le diagnostic de ces « pseudo-tuberculoses pulmonaires mélitococciques » est extrêmement difficile dans certains cas.

D) *Les pleurésies.*

On admet généralement qu'elles sont rares et les traités classiques aussi bien que les publications sont très brefs à leur sujet. Elles nous ont semblé au contraire fréquentes, comme d'ailleurs à GRIESEMER. (17)

Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'une pleurésie séro-fibrineuse ; son caractère essentiel est sa latence ; elle est en général découverte par un examen systématique.

Obs. 64. — AND... Georges, 50 ans. Cultivateur, contamination professionnelle.

Le 25 mai 1950, fièvre, sueurs, asthénie ; en quelques jours apparaît un épanchement pleural gauche.

Intradermo réaction négative, séro-diagnostic positif, mononucléose sanguine.

Traité en juin (streptomycine + auréomycine), le malade est apyrétique. Il ne garde aucune séquelle de sa pleurésie.

Dans trois autres observations, l'épanchement a été découvert au cours de l'hospitalisation. (*Obs. 101.*)

L'évolution de cette pleurésie sérofibrineuse mélitococcique se fait vers la guérison sans séquelle. GRIESEMER prétend cependant que les adhérences et accolements sont très fréquents.

BEATTY (8) aussi, à propos d'une pleurésie diaphragmatique.

Enfin, un cas d'évolution vers l'emphysème a été observé. (SCHITTENHELM, 1934.)

Le gros problème dans ces pleurésies séro-fibrineuses est celui du diagnostic avec la tuberculose. L'observation suivante est démonstrative :

Une jeune fille rentre dans le Service de Phtisiologie du Professeur BAUDOT avec une cortico-pleurite droite considérée comme tuberculeuse. Bientôt, apparaît un épanchement du côté gauche ; l'état général étant bon, on pense à la tuberculose. 6 mois plus tard, alors que la cortico-pleurite droite avait complètement disparu. une nouvelle poussée liquidienne se développe dans une plèvre que l'on aurait pu croire symphysée et nécessite alors d'abondantes ponctions exploratrices. La malade guérit complètement sans séquelles.

La pleurésie purulente est très rare. Nous n'en avons recueilli aucun cas. Les seules observations à notre connaissance sont celles de VEDEL, PUECH, et VIDAL, où la collection a été évacuée par vomique, celle de SCHITTENHELM citée plus haut, et celle du Professeur BAUDOT (6) rapportée à la Société de Pathologie respiratoire en juin 1949 : un abcès froid pleural mélitococcique.

E) Restent *les adénopathies hilaires de Bang et la forme hilaire.*

Les adénopathies hilaires sont décrites par les Anglo-Saxons. Elles se présentent comme des adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses avec température peu élevée. Nous n'en avons jamais observé. GRIESEMER en a rapporté plusieurs cas ; l'évolution, lente, se fait vers la guérison.

La forme hilaire, très rare, simule point par point une miliaire tuberculeuse ; seule l'évolution l'en différencie. CHASSOT en a décrit une en 1940 où les nodules miliaires étaient disséminés dans tout l'organisme. STETTBACHER (43) et WEGMANN rapportent un autre cas avec dissémination pulmonaire, myocardique, méningée et hépato-splénique ; l'évolution s'est faite vers la guérison.

FORMES HÉPATIQUES

Ces formes hépatiques sont de connaissance récente. L'hépatomégalie simple, qu'elle soit indolore ou douloureuse, constitue un symptôme de la mélitococcie, mais l'atteinte du foie peut réaliser de véritables localisations hépatiques de la brucellose.

1° *Hépatite avec subictère ou ictère.*

Ici, au subictère ou à l'ictère, sont associés quelques troubles de la crase sanguine : épistaxis surtout, foie gros, mou, souvent sensible, grosse rate, et d'une façon inconstante une perturbation des épreuves fonctionnelles. Nous en avons observé un cas typique.

Obs. 101. — VOC... Jean, 27 ans, cultivateur ; contamination professionnelle. En février 1950, apparition de fièvre et de sueurs, et, peu après, d'un point douloureux dans l'hypocondre droit.

Intradermo positive ; séro-diagnostic positif ; mononucléose sanguine.

En avril 1950, on trouve à l'examen :

— un épanchement pleural léger à droite ; la ponction ramène un liquide citrin (nombreuses cellules épithéliales, rares leucocytes ; polynucléaires et mononucléaires ; pas de germe visible) ;

— un foie volumineux, douloureux spontanément et à la pression.

Il existe également un subictère conjonctival et des urines foncées. Pas d'épistaxis.

Traitement sans résultat par la streptomycine, l'auréomycine et la sulfadiazine. Le malade reçoit alors une

injection intra-veineuse de vaccin (à 1/100e) et dix jours après l'injection, qui détermine un choc violent, apparaît un ictère franc avec décoloration des selles et prurit.

Le thymoltest de MAC-LAGAN était normal.

Ce malade a quitté le service apyrétique, l'ictère en voie d'extinction. Nous n'avons pu avoir aucune nouvelle de lui.

2° *Les formes hémorragiques*, sont classiquement plus fréquentes ; elles nous ont semblé exceptionnelles dans la région toulousaine.

— le plus souvent, il s'agit d'épistaxis ou de gingivorragies, d'hémoptysies.

Obs. 50. — DEL... Roger, 22 ans, cultivateur.

Présente depuis juin 1948 une forme fébrile pseudo-typhique avec prostration, épistaxis et grosse rate. On découvre : une intra-dermo-positive et un séro-diagnostic positif. Il est traité sans résultat par le vaccin I. V. ; entre temps, un épanchement pleural droit apparaît mais guérit rapidement. La guérison est obtenue par la streptomycine et les sulfamides.

les autres hémorragies : hématuries et hématémèses sont beaucoup plus rares. A ce propos, on cite généralement l'observation de Ed. SERGENT, NÈGRE et BORUS, où une hématémèse fut foudroyante.

— le purpura enfin, associé très souvent aux stigmates de dyscrasie sanguine, soit de type hémorragique soit de type hémogéno-hémophylique ; son évolution est sérieuse ; il pose le problème des purpuras infectieux.

Obs. 111. — Garçon de 15 ans, berger dans les Pyrénées.

En 1947, présente un purpura infectieux ayant débuté par une épistaxis. Le séro-diagnostic est positif. Un traitement à la pénicilline et aux sulfamides jugule en quelques jours le syndrome infectieux, mais le syndrome hémorragique persiste. Quinze jours après son hospitalisation dans le service du Pr. SOREL, une nouvelle poussée de purpura très importante apparaît sur les membres inférieurs. En même temps s'installent : du ballonnement du ventre, des œdèmes des membres inférieurs et des bourses. Un mois plus tard on constate l'existence d'une ascite avec circulation collatérale et la ponction ramène près de 5 litres de liquide séro-fibrineux. Ce garçon a guéri complètement, et, 4 ans après, la guérison se maintient.

Dans toutes ces hémorragies, le foie est gros et mou ; il y a également splénomégalie. Nous avons parlé des associations hémoptysies et formes pulmonaires simulant la tuberculose.

A propos de ces hémorragies, BAUGAS (7) insiste sur le moment de leur apparition; si les accidents hémorragiques surtout purpuriques sont d'emblée intenses et constituent le signe d'appel de la mélitococcie, le pronostic est grave et l'évolution se fait vers la mort ; s'ils apparaissent secondairement, le pronostic est meilleur.

3° *Formes œdémateuses et ascitiques.*

Ces formes sont rares, mais soulèvent des problèmes d'un intérêt considérable. L'ascite peut être très abondante ; elle est accompagnée ordinairement d'un syndrome d'hypertension portale avec grosse circulation veineuse collatérale, hémorroïdes, varices œsophagiennes.

L'œdème est un œdème déclive dépressible et indolore, capable d'aller jusqu'à l'anasarque.

Des hémorragies, une hépatomégalie et du subictère coexistent fréquemment.

Obs. 30. — PR... Ferdinand, 61 ans, cultivateur. Contamination professionnelle.

En février 1948, fièvre et orchite bilatérale. L'hémoculture est positive et fournit un Brucella abortus. La rate et le foie sont augmentés de volume.. En avril, apparaît une ascite tandis que l'état général fléchit.

Lorsque le malade rentre dans le service du Professeur TAPIE en juin 1948, son état est précaire. Il a maigri de 25 kg. en 6 mois ; la température est oscillante ; l'ascite est très abondante et se renouvelle rapidement après ponction ; il a de l'œdème des membres inférieurs ; la diurèse est basse ; la T. A. est de 13/7. Intradermo-réaction positive ; séro-réaction positive ; pas de mononucléose sanguine.

L'examen du liquide d'ascite donne la formule suivante : cellules endothéliales 48 % ; polynucléaires 46 % ; lymphocytes 36 %. La culture est stérile.

La streptomycine intramusculaire et intrapéritonéale n'apporte aucune amélioration et le malade quitte le service dans un état désespéré.

L'évolution est en effet le gros intérêt de ces formes. Certaines évoluent vers la guérison (*Obs. 111*) ; d'autres évoluent vers la mort à la façon d'une cirrhose subaiguë. Le problème réel est le suivant : la mélitococcie peut-elle causer des altérations hépatiques étendues et permanentes telles que la cirrhose du foie ? Les avis sont partagés.

— Pour les uns, la brucellose peut simplement accélérer une cirrhose en évolution. Expérimentalement, la cirrhose n'a pu être obtenue chez les animaux infectés. (SPINK W. W., HOFBAUER F. W. WALKER W. W. et GREEN R. A.) ; (41)

— Pour les autres (POPP L.) (24) l'infection de Bang peut provoquer une cirrhose hépatique, et cette cirrhose

de Bang est le résultat d'une lésion diffuse hépato-splénique plutôt que d'une lésion hémolytique; elle appartient au domaine de la cirrhose spléno-mégalique.

A ce propos, il n'est peut-être pas inutile de signaler que la notion de formes hépatiques telles que nous l'avons envisagée est une notion purement clinique. La ponction biopsie pratiquée systématiquement par SPINK, HOFFBAUER, WALKER et GREEN dans 11 cas de mélitococcie banale (dans aucun des cas il ne s'agissait de forme hépatique) a montré la constance des lésions hépatiques. Ces altérations : « présence de granulomes dans le lobule hépatique ou dans les zones portes avec un infiltrat cellulaire porte dans plusieurs cas », ne sont en rapport ni avec l'aspect clinique de l'affection, ni avec les résultats de l'exploration fonctionnelle, peu ou pas modifiée.

A côté de ces formes hépatiques si intéressantes, signalons l'exceptionnelle cholécystite dont JANBON (19) dit les difficultés diagnostiques : elle simule point par point la cholécystite lithiasique avec ses douleurs, ses accès fébriles intermittents accompagnés de frissons. Ce sont les données épidémiologiques et surtout la séro-réaction qui donnent la clef du diagnostic. Nous n'en avons recueilli aucune observation.

FORMES RÉNALES

Elles sont considérées comme exceptionnelles ; nous en avons pourtant observé plusieurs cas.

1° *L'albuminurie simple* est découverte au cours des examens systématiques des urines. Son pronostic est bon. Il convient cependant de l'interpréter avec circonspection. C'est ainsi que dans l'observation 87 on découvre une albuminurie, mais les examens aux différents moments de la journée montrent qu'il s'agit d'une albuminurie orthostatique.

2° *La néphrite,* mentionnée jadis par SCHOULL, comme exceptionnelle. L. RIMBAUD (34) en rapporte un cas qui évolue vers la guérison. Nous en avons observé deux cas typiques.

Obs. 49. — PUS... Roger, 36 ans. (Nous l'avons déjà citée.)

C'est une forme fébrile pure traitée par le vaccin I. V. sans succès. Un mois après, la température remonte tandis qu'apparaissent une néphrite avec œdème et albuminerie, et une congestion pulmonaire. En juillet œdème et albuminerie ont disparu, mais le malade est toujours fébrile, fatigué, amaigri. En août, il reçoit : streptomycine 54 gr., sumédine 59 gr., et teleroentgenthérapie 15 R. ; la température s'abaisse très progressivement et atteint finalement la normale. Seize mois plus tard, la guérison se maintient.

Pour le deuxième cas, voir *observation 83.*

Son pronostic est tout autre au cours des formes polyviscérales que nous verrons ensuite.

FORMES CARDIOVASCULAIRES

Ces localisations sont rares, et l'aphorisme de CANTELQUBE est toujours vrai : « la mélitococcie n'aime pas le cœur ».

1° *Les endocardites mélitococciques.* —

On distingue les endocardites malignes et les bénignes.

— *les endocardites malignes* rentrent toujours dans le cadre d'une forme polyviscérale. Elles sont très rares, BERNOLIN-VELAY (9) les décrit avec un syndrome infectieux à type septico-pyohémique, avec, dans le 4/5e des cas, un syndrome hémorragique et un syndrome embolique ; celui-ci n'a pas toujours d'expression clinique. A l'auscultation, on trouve une atteinte des valvules aortiques ou mitrales ; dans la grande majorité des cas, la lésion est aortique.

L'évolution est inexorablement fatale ; la défaillance cardiaque irréductible est un caractère propre de cette endocardite maligne.

Anatomiquement, on trouve des végétations sur les valvules en cause. La culture de ces végétations a donné des souches pures de Brucella : à HUGHES en 1897, à RENNIE et YOUNG en 1936, à LEUY et SINGERMAN en 1938 (melitensis), à CAZANOVA (12) et IGNAZIO (melitensis), enfin à SPINK, TITRUD et KABLER en 1942 (abortus). (42)

Nous n'avons observé aucun cas d'endocardite maligne avec constatation nécropsique. Dans une seule observation, (*obs. 52*), une insuffisance aortique est découverte lors de l'examen ; bientôt après apparaît une albuminurie et la mort survient malgré le traitement. (Pas de vérification anatomique.)

Un caractère particulier à ces endocardites malignes mélitococciques, en dehors de leur affinité pour les valvules aortiques, est l'importance d'une atteinte valvulaire primitive. SMITH et CURTISS (39), pensent que « la présence de cicatrices cardiaques valvulaires préexistantes peuvent servir comme fondement à la formation d'un foyer végétant ». Ils ajoutent que ce foyer végétant de réinfection peut être rendu responsable des échecs de la thérapeutique.

— *les endocardites bénignes* sont caractérisées par leur évolution vers la guérison en l'absence de tout signe de défaillance cardiaque. BERNOLIN-VELAY (9) en rapporte 5 cas, dont 2 seulement homologables.

Leur évolution sans décompensation se fait vers la guérison, mais avec séquelles valvulaires définitives, type Bouillaud (Tronyo). (45)

2° *Les Myocardites.* —

Plus rares encore que les endocardites, l'analyse des cas publiés permet d'en décrire deux formes.

— *la forme cardioplégique,* avec assourdissement des bruits, dicrotisme du pouls, hypotension artérielle, insuffisance cardiaque à marche rapide avec dyspnée, tachycardie, encombrement périphérique. Telle est la description qu'en donne Bernolin-Velay (9). Mais il s'agit là d'une éventualité exceptionnelle. Sur 24 cas de formes cardiaques, rapportées par Tronyo (1944), (45), on ne trouve qu'une seule myocardite à expression clinique.

— *la forme électrocardiographique* serait plus fréquente. L'électrocardiogramme ne montre presque jamais de troubles du rythme, mais des modifications des complexes : altérations des complexes ventriculaires et surtout de S. T. ; nivellement de S. T., T aplati diphasique ou négatif dans une ou plusieurs dérivations. Rubegni (R.) (37) souligne la fréquence de ces altérations électrocardiographiques qui permettent de soupçonner une myocardite, tout au moins légère, annonce-t-il prudemment. On ne peut s'empêcher de rapprocher ces résultats obtenus dans les fièvres de Malte non triées, des résultats des ponctions-biopsies du foie obtenues par Spink, Hofbauer, Walker et Green (41) ; les examens systématiques tendent à démontrer une participation presque constante de ces deux organes au cours de toute mélitococcie.

Enfin, pour Rubegni, (37) l'électrocardiogramme aurait une valeur pronostique; à de grosses altérations du tracé correspondent des formes de pronostic sévère.

3° *Les péricardites* sont absolument exceptionnelles.

Sèches ou avec épanchement, elles passent inaperçues. Trois cas sont publiés : ceux de Soulié, de Ledoux, (24) et de Smith et Curtiss. (39)

4° *Les formes vasculaires* sont surtout des phlébites, dont Lisbonne et Janbon citent 2 observations. Un cas d'artérite a été signalé.

FORMES SANGUINES

Les formes hémorragiques ont été envisagées avec les localisations hépatiques ; nous n'y reviendrons pas.

Nous insisterons plutôt sur les formes anémiques, relativement fréquentes. Elles posent des diagnostics difficiles, tout au moins au point de vue clinique. Voici une observation publiée par le Professeur Tapie (44), à la Société de Médecine et de Chirurgie de Toulouse.

Une jeune fille de 16 ans se présente avec un tableau d'anémie fébrile et de splénomégalie douloureuse simulant une hémopathie grave. Le diagnostic d'affection sanguine est éliminé par l'examen hématologique et la ponction sternale. Devant cet état général conservé malgré une température à type vaguement ondulant depuis 3 mois, un traitement au vaccin intraveineux est institué, bien que fussent négatives l'intradermoréaction, la séroagglutination et 2 hémocultures. Seule existait une mononucléose sanguine importante à plusieurs examens pratiqués à 8 jours d'intervale. La fièvre tombe très rapidement et au cours de la vaccination on apprend par le laboratoire qu'une hémoculture pratiquée 18 jours auparavant avait poussé (mélitensis).

Des ictères hémolytiques ont encore été décrits, régressant bien après splénectomie.

FORMES SPLÉNIQUES

La splénomégalie peut être parfois si importante qu'elle peut dominer le tableau au cours d'une brucellose atypique. La ponction de la rate a pu rendre en pareil cas de grands services. TINTI a rapporté même un cas de rupture spontanée de la rate. Anatomiquement, les lésions qui dominent sont : l'hyperplasie des éléments du tissu réticulo-endothélial, et la fréquence des images hématolytiques (LISBONNE et JANBON). (25) (CROSNIER. (14)

FORMES DIGESTIVES

Elles tiennent peu de place dans les descriptions classiques.

— Une rectocolite purulente est signalée par VEDEL, VIDAL et Mme LONJON. (Montpellier).

— Nous avons recueilli un cas de colite aiguë, un cas de forme abdominale pseudo-appendiculaire, et un cas de syndrome douloureux épigastrique pseudo-ulcéreux.

Obs. 80. — PEL... Asmin, 40 ans, employé aux abattoirs.

En janvier 1951 : asthénie très importante, avec syndrome de colite aiguë : diarrhée, épreintes, ténesme. Secondairement apparaissent les douleurs. A l'examen, on trouve un abdomen sensible et gargouillant, quelques râles de bronchite à droite, et des microadénopathies inguinales et axillaires.

Séro-diagnostic positif. Mononucléose sanguine.

Le malade est traité successivement par : streptomycine plus auréomycine, et par le vaccin intraveineux. Sort apparemment guéri.

Obs. 109. — BLU... Christiane, 10 ans.

En juin 49 : douleurs abdominales très vives, qui font diriger l'enfant sur le service de chirurgie infantile du Professeur VIRENQUE, pour appendicite. Devant ce tableau batard, la temporisation est décidée, sous couvert de pénicilline. On découvre alors une intradermo positive et un sérodiagnostic positif.

Obs. 69. — VIL... Jean, 35 ans.

Apparition de douleurs gastriques sans caractère précis. Le malade est traité pendant longtemps comme un ulcéreux. Il présente des sueurs mais pas de température ni de douleurs.

Intradermo et sérodiagnostic positifs. Mononucléose sanguine.

Un traitement à la streptomycine et auréomycine amène une sédation des douleurs et des sueurs.

FORMES ADÉNOMÉGALIQUES

Nous n'avons jamais observé de formes ganglionnaires typiques où les poussées ganglionnaires correspondent aux ondes fébriles. Dans 7 cas cependant l'examen a montré la présence d'adénopathies, qu'il est bien difficile de ne pas rapporter à la brucellose.

FORMES CUTANÉES

— L' « eczéma » des vétérinaires, ANDRAL (0), est interprété actuellement plutôt comme une manifestation allergique, la sensibilisation se faisant par les sérosités utérines.

— Aux erythèmes qui sont signalés et dont les formes les plus diverses ont été décrites, nous ajouterons une observation.

Il s'agit d'un érythème morbilliforme siégeant surtout au niveau des jambes, accompagné d'aphtes disséminés sur la muqueuse jugale, cette éruption bien entendu ayant apparu en dehors de toute thérapeutique.

FORMES POLYVISCÉRALES

Comme JANBON (19) y insiste, on doit réserver ce terme aux formes où l'infection revêt une allure maligne.

On trouve régulièrement : une hépatosplénomégalie importante, une endocardite maligne, une néphrite aiguë, un syndrome purpurique. La mort survient rapidement. Nous n'avons recueilli qu'un seul cas qui paraisse pouvoir entrer dans ce cadre.

Cette observation sera forcément incomplète, le malade étant actuellement en traitement dans le service du Professeur TAPIE ; il s'agit de l'*observation 175.*

WIN... Henri, 17 ans

En mai 1951, découverte au cours d'un examen systématique de Médecine du Travail d'une hépato-splénomégalie ; l'état général excellent à ce moment-là s'est aggravé quelque temps après ; entre temps un séro-diagnostic fortement positif affirme une mélitococcie Le malade est traité sans aucun succès par vaccinothérapie intra-veineuse.

Il entre au service le 21 juin, présentant une température importante et ondulante avec clochers à 41°. Le séro-diagnostic est positif au 1/.560e.

Examen à l'entrée : splénomégalie importante, rate palpable et douloureuse, hépato-mégalie également importante. Poumons : légère matité dans la partie moyenne du champ droit. Purpura important, petites hémorragies, signe du lacet fortement positif.

Examen rénal : Albumine + — Nombreux polynucléaires, hématies, nombreux cylindres granuleux.

Urée sanguine : 0,59.

Etat général très atteint ; le malade traité par association streptomycine - terramycine, entre dans une phase d'apyrexie, son état général paraît sensiblement amélioré, cependant la matité pulmonaire paraît plus accusée, posant le problème d'un épanchement liquidien. Il nous semble impossible au moment de mettre sous presse (les clichés pulmonaires ne nous étant pas parvenus) de formuler un pronostic, connaissant l'évolution généralement maligne de ces formes polyviscérales

ÉTUDE STATISTIQUE

Nous avons relevé 175 observations de mélitococcie toutes recueillies dans les services de Médecine Générale et Infantile et dans le service des Contagieux.

Nous pensons que, mises à part les neuro-mélitococcies, on peut considérer ce chiffre comme le chiffre approximatif des mélitococcies traitées à l'Hôpital de PURPAN pendant ces 4 dernières années.

Nous résumerons rapidement les observations en nous étendant un peu plus sur les formes viscérales. Puis nous étudierons la fréquence de ces dernières et nous la comparerons aux faits recueillis dans les Centres autres que le nôtre.

Dans cette longue énumération on ne trouvera pas de résumé complet d'observations, notre but dans ce chapitre n'étant pas de faire un étalage de nos archives, mais de fournir un support solide à nos affirmations. Nous nous excusons de cette aridité fastidieuse par certains côtés, mais à laquelle nous nous sommes volontairement astreint pour être bref.

Les cas « Guéris » ont été revus par la suite, la guérison confirmée par un recul éloigné.

Les « cas traités avec satisfaction » sont sortis de l'Hôpital apparemment guéris mais ils n'ont pas été revus.

OBSERVATIONS

Obs. 1. — ARN... Joseph, 47 ans.

Fièvre sudoroalgique traitée par le vaccin intraveineux au 4e mois de sa mélitococcie. Guérison (42 mois de recul).

Obs. 2. — AYM... Maurice, 39 ans.

Forme sudoro-fébrile traitée par le vaccin intraveineux au 2e mois et guérie (13 mois de recul).

Obs. 3. — ROU... Rose, 16 ans.

Forme sudoro fébrile traitée par le vaccin I. V. au 4e mois. Guérie (36 mois de recul).

Obs. 4. — SOU... Jean-Marie, 38 ans.

Fièvre sudoro-algique avec spondylite traitée au 5e mois par vaccin I. V. Est guéri. (21 mois de recul.)

Obs. 5. — FOU... Jean-Claude, 14 ans.
Forme sudoro-algique. Vaccin intraveineux, 4e mois, guérison (14 mois de recul)

Obs. 6. — MOUR... Marie-Louis, 32 ans.
Fièvre S. A. Vaccin I. V. 1er mois. Guérison (43 mois de recul).

Obs. 7. — COUR... Marcel, 35 ans.
Forme S. A. avec orchite, streptomycine + vaccin I. V. Guérison (7 mois de recul).

Obs. 8. — COUR... Aurélien, 48 ans.
Forme S. A., échec streptomycine, sulfamides, guérison par vaccin I. V. (6 mois de recul).

Obs. 9. — LAH... Pierre, 57 ans.
Fièvre S. A. — id. —

Obs. 10. — PUJ... Robert, 17 ans.
Forme fébrile avec orchite, traité au 11e mois vaccin I V., guéri (11 mois de recul).

Obs. 11. — SIC... Albert, 40 ans.
Fièvre S. A. avec orchite, traitement par vaccin I. V.

Obs. 12. — GAZ... Léon, 42 ans.
Fièvre S. A. avec orchite, traité par vaccin I. V. mais reprise de la maladie...

Obs. 13. — TIC... Célestin, 49 ans.
Forme S. A. Vaccin I. V. 12e mois, sédation puis reprise.

Obs. 14. — INF... Raphaël, 44 ans.
Fièvre S. A., 4e mois vaccin I. V., sédation puis reprise.

Obs. 15. — COM... Marguerite, (infirmière, contamination professionnelle.)
Décembre 47, apparition d'un syndrome pulmonaire aigu ; hospitalisée deux mois plus tard avec forme sudoro-fébrile, état général atteint, spléno-hépatomégalie douloureuse. I. D. R. : + et séro-diagnostic + + + . Mononucléose sanguine.
Traitée par strepto, 15 gr. sans succès, puis vac. I. V., sédation immédiate, puis reprise.

Obs. 16. — RAU... Fernand, 59 ans.
Forme S. A. vacc. I. V., 2e mois, sédation, puis reprise.

Obs. 17. — NAU... Jean, 63 ans.
Forme S. F. Vaccin I. V., 1er mois. sédation immédiate, puis reprise

Obs. 18. — ARN... Jacinthe, 57 ans.
Forme S. A., vaccin I. V. 2e mois, échec. Guérison par streptomycine (25 mois de recul).

Obs. 19. — ARN... Jane.
Forme S. A,. strepto, 3e mois, guérison, (recul 23 mois).

Obs. 20. — BEL... A., 45 ans.
En mai 1945, fièvre isolée, séro-diagnostic : +. Traitement par vaccin S. C. donne une amélioration passagère.
En mai 1947, nouveaux épisodes fébriles, hémoculture pratiquée en mai 1948 positive à Melitensis.
En juin 48, rétinite suppurée de l'œil gauche nécessitant l'énucléaton.
En juillet 48. hospitalisée avec température ondulante rate percutable, intra-dermo et séro : +. Mononucléose sanguine.
L'examen rénal révèle une néphrite.
Hématies : +++.
Albumine : 1 gr. 20.
Uurée sanguine : 0,55.
Constante d'Ambard : 0.19.
Traitée par la streptomycine la 3e année de la maladie, guérison partielle. La néphrite quelque temps après s'aggrave, l'urée s'élève à 0 gr. 98, la T. A. est de 20,12.

Obs. 21. — DUR... Léon, 59 ans.
Fièvre S. A. avec orchite, strepto au 7e mois, guérison (18 mois de recul).

Obs. 22. — CAM... Salvador, 42 ans.
Brucellose quadriplégique, guérie par strepto (18 mois de recul).

Obs. 23. — ESC... Fernand, 58 ans.
Forme S. A. Strepto 4e mois, sédation. perdu de vue.

Obs. 24 — MAR... Maurice, 24 ans.
F. S. A. guéri par streptomycine après échec du vac. I. V. (20 mois de recul).

Obs. 25. — FOU... Lucien, 17 ans
Fièvre S. A. avec orchite, guéri par strepto après échec des vaccins intraveineux au 2e mois (20 mois de recul).

Obs. 26. — FOUR... Jean, 18 ans.
F. S. A. Echec au 23e mois du vaccin I V. et de la streptomycine.

Obs. 27. — CE... Edouard, 28 ans.
F. S. A. Echec de la strepto

Obs. 28 —. PU... Jos., 43 ans.
F. S. A. échec strepto 2e mois

Obs. 30. — PRA... Ferdinand, 61 ans.
(Voir chapitre formes hépatiques.)

Obs. 31. — GLE... François, 50 ans.
F. S. A. : apparemment guéri par la strepto, apparition 6 mois plus tard, d'un diabète. Pose le problème du rapport de la mélitococcie et du diabète.

Obs. 32. — ARN... Solange, 2 ans et 10 mois.
Formule fébrile, guérie au 3e mois par sulfamides.

Obs. 33. — DUP... Claudette, 12 ans.
F. F., échec de la sulfamido-thérapie

Obs. 34. — BIL... Yvonne, 20 ans.
F. S. A., guérison par sulfamides.

Obs. 35. — JOU... Félix, 15 ans.
F. S. A.. sulfamides 1er mois, échec.

Obs. 36. — VER..., 72 ans.
F. S. A. Pendant le traitement, se déclare une congestion pulmonaire droite traitée sans succès par les sulfamides.

Obs. 37. — DUP... Louis. 28 ans.
F. S. A., échec des sulfamides.

Obs. 38. — BE... Louise, 38 ans.
(Citée aux formes cutanées.)

Obs. 39. — ACA... Georges, 20 ans.
F. S. A., échec au 2e mois par vaccin I. V. Guéri par association de streptomycine (5 mois de recul)

Obs. 40. — BAR... Jean-Louis, 30 ans.
F. S. A. avec orchite ; guérison par association streptomycine et vac. I. V. (4 mois de recul).

Obs. 41. — LAH..., Raymond, 24 ans.
F. S. A., débutant par une angine aiguë, guéri par l'association au 4e mois de streptomycine, vac. I. V. Après échec de l'association strepto-sulfamides (4 mois de recul).

Obs. 42. — LAU... Albert, 16 ans.
F. S. A. guéri 5e mois par l'association vac. strepto, (12 mois de recul).

Obs. 43. — DOUR... Jules, 37 ans.
Idem (6 mois de recul).

Obs. 44. — PON... Francis, 37 ans.
Idem, mais rechute.

Obs. 45. — ALE... Emile, 17 ans.
En janvier 1949 la maladie débute par un syndrome pulmonaire aigu associé à un syndrome méningé, 2 mois plus tard hospitalisé avec une température élevée. un état général très atteint, l'auscultation montre des râles de

bronchite disséminés, le séro-diagnostic est +, il y a mononucléose sanguine. Guérison par l association sulfamides-streptomycine (8 mois de recul).

Obs. 46. — DUP... Jean, 48 ans.
F. S. A. Guéri, par association strepto-sulfamides au 2e mois, orchite aiguë 15 jours après. Pas de rechute 15 mois plus tard.

Obs. 47. — PEY... Fernand, 28 ans.
F. S. A. association streptomycine-sulfamides 3e mois, guérison (6 mois de recul).

Obs. 48. — LAV... Bertrand, 62 ans.
Idem.

Obs. 49. — P. U. Roger, 36 ans.
Forme fébrile avec néphrite et congestion pulmonaire bilatérale (citée aux formes pulmonaires).

Obs. 50. — DEL... Roger, 22 ans.
Juin 1948. Température, état pseudo-typhique, épistaxis. splénomégalie. I. D. R. et séro : +.

Traité et guéri par l'association streptomycine-sulfamides, après échec du vaccin au 2e mois, (15 mois de recul).

Obs. 51. — EST... Daniel, 28 ans.
Guérison par association streptomycine - sulfamides. après échec du vac. I. V. et de la sulfamido-thérapie isolée (6 mois de recul).

Obs. 52. — SOR... Paul, 33 ans.
Juillet 48 F. S. A., hospitalisation en septembre, température élevée, rate percutable, une insuffisance aortique pose le problème d'une endocardite mélitococcique car on ne retrouve aucun antécédent de R. A. A., il y a de l'albumine dans les urines, séro-diagnostic : +, mononucléose sanguine.

Malgré une thérapeutique énergique avec streptomycine et sulfamide, la mort survient rapidement.

Obs. 53. — DON... Pedro, 29 ans.
F. S. A. + orchite. échec de toute thérapeutique

Obs. 54. — CLO... Germain, 16 ans.
Eruption cutanée (sans précision),
Novembre 49, F. S. A. avec atteinte importante de l'état général ; quelques jours après l'hospitalisation réaction pleurale droite qui guérit rapidement, la rate est augmentée de volume, I. D. R. et séro : +, mononucléose, traitée avec succès par l'auréomycine (2 mois de recul).

Obs. 55. — VIA... Roland. 21 ans.
F. S. F. Echec de l'auréomycine.

Obs. 56. — CLO... Léontine, 52 ans.
F. S. A. avec bronchite diffuse, traitée sans succès par strepto et auréomycine au 7e mois.

Obs. 57. — STAS... Paul. 46 ans.
F. S. A. avec orchite puis phlébite, échec de l'auréomycine.

Obs. 58. — AN... Marc, 49 ans.
F. S. A. avec orchite ; guérison par strepto-auréomycine. (Pas de recul.)

Obs. 59. — OUS... Jean, 10 ans.
F. S. A. avec quelques adénopathies cervicales, traité au 2e mois avec succès par streptomycine-auréomycine et vaccinothérapie intraveineuse.

Obs. 60. — MER... Odette, 31 ans
F. S. A., traitement identique.

Obs. 61. — GIN... Andrée, 26 ans.
Forme algo-fébrile, avec quelques adénopathies axillaires et cervicales, échec du vac. I. V., du traitement par la strepto et auréomycine.

Obs. 62. — DUF... Jean.
F. S. A. vaccin I. V. au 8e mois, mais rechute trois mois plus tard (orchite). Traité avec succès par strepto-auréomycine et vaccin.

Obs. 63. — PIC... Georges, 18 ans.
F. S. A. traité avec succès par association antibiotique et vaccin.

Obs. 64. — AND... Georges, 50 ans.
Forme sudofébrile, très vite apparaît un épanchement pleural gauche, traité le 1er mois par strepto et auréomycine avec succès. (Citée aux formes pulmonaires.)

Obs. 65. — BROS... Gaston, 41 ans.
F. S. A. traité avec succès par auréo-streptomycine (2e mois).

Obs. 66. — FRA... Claude, 18 ans.
F. S. A. — Id. —

Obs. 67. — BAR... Jean-Baptiste, 51 ans.
F. S. A. — Id. —

Obs. 68. — FON... Henri, 18 ans.
Fièvre algo-fébrile. — Id. —

Obs. 69. — VIL... Jean, 35 ans.
Mélitococcie avec douleurs épigastriques, pseudo ulcéreuses, traitée avec succès par la strepto et auréomycine. (Citée aux formes digestives.)

Obs. 70. — RUM... Paul, 52 ans.
F. S. A. avec subictère et bronchite diffuse traité avec succès par la strepto et l'auréomycine au 3e mois.

Obs. 71. — COM... Pierre, 56 ans.

Forme algo-fébrile avec orchite, guérison au 2e mois, par strepto et auréomycine.

Obs. 72. — MAR... Lucien, 40 ans.
Forme algo-fébrile avec spondylite cervicale, succès du traitement par strepto et auréomycine.

Obs. 73. — PEF... Roger, 20 ans.
F. S. F. succès de la thérapeutique : strepto, auréomycine, vaccin I. V.

Obs. 74. — BOU... Hélène, 21 ans.
F. S. A. — Id. —

Obs. 75. — ABR... Joseph, 18 ans.

F. S. A.. avec sacrococcite, traité avec succès

Obs. 76. — SEG...
F. S. A. avec quelques ganglions inguinaux, traité avec succès par streptomycine et auréomycine.

Obs. 77 — COM... Pauline, 30 ans.

F. S. A. guérison par streptomycine, auréomycine et vaccin.

Obs. 78. — MAR... Renée, 46 ans.
F. S. A. —Id. —

Obs. 79. — PEY... André, 32 ans.

F. S. A. avec orchite gauche suppurée (pus à brucella) traité avec succès au 12e mois par strepto-auréomycine et vaccin.

Obs. 80. — PEL...
Colite aiguë avec bronchite mélitococcique (citée aux formes digestives.)

Obs. 81. — RED... Bertrand, 51 ans.
La maladie débute par une congestion pulmonaire droite traitée par streptomycine et terramycine, guérison, mais pas de recul.

Obs. 82. .. SAN...Dominique, 17 ans.
F. S. A. encore en traitement.

Obs. 83. — RUS... José, 22 ans.

F. S. A. présentant quelques adénopathies inguinales et axillaires. Quelques jours après, néphrite révélée par examen systématique, culot : Hématies : Poly ; cylindres.

Obs. 84. — RUS...Paul, 53 ans.
F. S. A. avec syndrome pulmonaire aigu droit.

Ces deux malades, le père et le fils. sont actuellement en traitement.

Obs. 85. — OLI... Edouard, 27 ans.
F. S. A.

Obs. 86. — UCH..., 49 9ans.
F. S. A.

Obs. 87. — GAR... Joseph. 27 ans.
F. S. A. avec albuminerie orthostatique. (Citée aux formes renales.) Chapitre I et III.

Obs. 88. — MON... Jean, 18 ans.
F. S. A.

Obs. 89. — GOB... Charles, 32 ans.
F. S. A. succès du vaccin intraveineux de LISBONNE et JANBON.

Obs. 90. — REY André, 39 ans.
En mai apparaît la fièvre S. A. six séro-diagnostics sont positifs ; à l'examen on trouve un gros foie et un teint subictérique, mais il s'agit d'un éthylique avéré ; il est impossible de préciser la part de la mélitococcie dans ces troubles hépatiques, nous n'en ferons pas état dans la statistique des formes viscérales. Cependant le malade a été traité avec succès par le vaccin I. V.

Obs. 91. — MAX... André. 35 ans.
F. S. A. Echec du vaccin.

Obs. 92. — PAN... Noémie, 20 ans.
F. S. A. débutant par une angine, traitée avec succès au 24e mois par vaccin intraveineux.

(Citée plus haut.)

Obs. 93. — SOU... Alphonse.
F. S. A. traité avec succès par vacc. I. V.

Obs. 94. — MAC...Roland, 29 ans.
F. S. A. débutant en janvier 48 par un syndrome pulmonaire aigu avec deux petites hémoptisies, traité par l'auréomycine. Rentre dans le cadre de ces pseudo-tuberculoses pulmonaires mélitococciques dont nous avons fait état au chapitre des formes pulmonaires.

Obs. 95. — TIG...Joseph, 32 ans.
Fièvre sudoro-algique débutant en décembre 1948. En mars 1949, apparition d'un syndrome pulmonaire aigu avec deux petites hémoptysies.
Traité par l'auréomycine.

Obs. 96. — NIC... Domingo, 20 ans.
F. S. F. traité avec succès par association anti-biotiques et vaccin intraveineux.

Obs. 97. — DAN... Jean-Louis, 58 ans.
F. S. A. avec orchite droite, traité avec succès au 13e mois par association anti-biotiques.

Obs. 98. — LEM... Philippe, 62 ans.
Forme S. A. — id. —

Obs. 99. — BES... Jean, 24 ans.
F. S. A. — id. —

Obs. 100. — WOL...Stéphanie, 50 ans.
F. S. A. traitée par streptomycine et auréomycine et sulfadiazine. Guérison.

Obs. 101. — WOL... Jean, 27 ans.
F. S. A. avec ictère et pleurésie.

Obs. 102 — BO..., 37 ans.
F. S. A. traité par strepto, auréomycine (guérison).

Obs. 103. — CAM...
F. S. A. non traité.

Obs. 104. — DEL.. Henriette, 20 ans.
F. S. A. Traitement ?

Obs. 105. — RAS... Josette.
F. S. A. Traitement ?

Obs. 106. — LIM... 33 ans.
Bacillaire avéré, en août 40, température élevée, séro-diagnostic : +. Le traitement ne nous est pas connu.

Obs. 107. — BUA...
F. S. A. avec orchite, traité avec succès par streptomycine et sulfamides.

Obs. 108. — ART... André, 40 ans
F. S. A. traité avec succès par streptomycine et auréo.

Obs. 109. — BLU... Christiane, 10 ans.
Observation citée aux formes digestives (forme pseudo-appendicuaire).

Obs. 110. — CLA... Raymond, 13 ans.
F. S. A. traité avec succès au 2e mois par strepto.

Obs. 111. — COM... Aimé, 15 ans.
Purpura infectieux mélitococcique avec œdèmes.
(Cité plus haut.)

Obs. 112. — DAN... Elise, 14 ans 1/2.
F. S. A. traitée avec succès par anti-biotiques et vaccin.

Obs. 113. — LAM... Jane, 13 ans.
F. S. A. — id. —

Obs. 114. — Mme B..., 36 ans.
F. S. A., traitée au 8e mois par streptomycine et vaccin ; rechute deux mois après. succès de l'auréomycine.

Obs. 115. — S... 29 ans.
F. S. A. traité avec succès par auréomycine.

Obs. 116. — B..., 30 ans.
F. S. A. — id. —

Obs. 117. — A..., 19 ans.
F. S. A. — id. —

Obs. 118. — POR... Jean, 25 ans.
Forme sudoro-fébrile, auréomycine, succès.

Obs. 119 — M. R..., 31 ans.
Forme fébrile avec adénopathies axillaires, cervicales, traitée avec succès par l'auréomycine le 1er mois, fait peu après un abcès de la fesse droite à mélitensis.

Obs. 120. — Mlle L..., 19 ans.
F. S. A. traitée avec succès le 6e mois avec l'auréomyc.

Obs. 121. — A..., 25 ans.
F. S. A. — id. —

Obs. 122. — C..., 20 ans.
F. S. A. avec atteinte profonde de l'état général, traité avec succès par association anti-biotiques, vaccin I. V. (24 mois de recul).

Obs. 123. — O..., 23 ans
F. S. A. — id. —

Obs. 124. — R..., 18 ans.
F. S. A. — id. —

Obs. 125. à 137. —

Il ne s'agit là que de formes sudoro-algiques, traitées toutes par association streptomycine, auréomycine, sulfamides.

Obs. 138. — F..., 61 ans.
Forme sudoro-fébrile avec orchite bilatérale. Traitement streptomycine, auréomycine.

Obs. 139. — N... 35 ans.
F. S. A. — id. —

Obs. 140. — A..., 25 ans.
F. S. A. avec orchite droite

Obs. 141 à 152. —
Il s'agit là de formes sudoro-algiques traitées de la même manière, signalons l'*observation* n° *149* :
Mme A..., 23 ans, forme fébrile avec adénopathies inguinales.

Obs. 153 à 164. —
Là ausi, formes classiques, (nous relevons simplement une orchite) traitées par les anti-biotiques auxquels vient s'ajouter la terramycine.

Obs. 165. — GUER... Simon.
Présente une mélitococcie à début insidieux pseudo-tuberculeux. Confirmé par examens de laboratoire.

Obs. 166. — GUER... Jacques.
Mélitococcie à début insidieux, pseudo-tuberculeux, comme son frère.

Obs. 167 à 172. . .
Formes banales sudoro-fébriles.

Obs. 173. — FRA...
Mélitococcie sudoro-fébrile avec bronchite diffuse importante.

Obs. 174. — Mme BOUT...
Mélitococcie avec syndrome pulmonaire aigu.

Obs. 175. — WIN...
Cette observation est citée in extenso au chapitre formes poly-viscérales.

ETUDES DES FRÉQUENCES

Le dépouillement de ce volumineux dossier nous permet de constater que sur 175 cas nous possédons 40 formes avec localisations viscérales (en nous excusant d'y faire entrer 3 formes cutanées).

Nous les étudierons suivant le plan du 1er chapitre.

FORMES RESPIRATOIRES

Elles représentent la grande majorité des formes viscérales. *Localisations pharhyngées:* deux. Chaque fois il s'agissait d'angines aiguës se présentant comme première manifestation de la maladie : observations 41 et 92. Nous n'avons observé aucun coryza.

Bronchites : dans aucun de nos cas la bronchite n'était le symptôme prédominant; il s'agissait de bronchite légère considérée généralement comme un symptôme de la mélitococcie; nous l'avons retrouvée 6 fois. Observations 45 — 56 — 70 — 80 — 106 — 173. Mais ces chiffres nous semblent avoir peu de valeur car bien souvent ces quelques râles de bronchite n'ont pas été mentionnés; aussi ces formes de bronchite ne sont pas comptées comme localisations viscérales.

Syndrome pulmonaire aigu : 8 cas. Tantôt ils constituaient les premiers symptômes de la maladie, tantôt ils survenaient au cours de l'évolution. Observations 15 — 36 — 45 — 49 — 81 — 94 — 95 — 174.

Pleurésies : Nous n'avons observé que des pleurésies sérofibrineuses toujours de minime abondance, observations 50 — 54 — 64 — 101. Une seule fois elle était isolée (64).

Dans les autres cas elle était associée à des epistaxis. soit à une éruption généralisée, soit à un ictère.

Miliaires et formes hilaires; Nous n'en n'avons jamais rencontré.

Ainsi dans ces formes respiratoires on peut ranger par ordre de fréquence: les syndromes pulmonaires aigus. 4,6 %, les pleurésies 3 %, les angines 1,1 %.

Les pleurésies ou tout au moins les petits épanchements pleuraux nous paraissent être certainement beaucoup plus fréquents que ne le montre cette statistique, souvent de légères matités n'étant pas rapportées dans les observations.

La fréquence de ces formes respiratoires est donc de 8 %.

FORMES HÉPATIQUES

En dehors des gros foies mous observés couramment, nous avons relevé 9 cas de formes hépatiques.

Hépatites: 3 cas. Dans l'un l'hépatite est indiscutable, (observation 101). Elle a certainement été aggravée par la thérapeutique, l'ictère franc ayant succédé au subictère immédiatement après la première injection du vaccin intraveineux.

Dans l'autre, la participation de la brucellose est plus discutable (observation 90), il s'agit en effet, d'un éthylique avéré et son subictère paraît devoir être mis sur le compte plutôt de l'imprégnation éthylique que de la brucellose. Cependant ici comme dans les cirrhoses on peut penser avec SPINK, HOFBAUER, WALKER et GREEN que la brucellose n'est qu'un facteur aggravant d'une lésion hépatique préexistante.

Dans un autre cas, observation 70, un subictère léger existait, contemporain d'un gros foie.

Les formes hémorragiques : 4 cas. Aucune hémorragie importante n'a été relevée. Une forme avec hémoptisies minimes au cours d'un syndrome pulmonaire aigu (94). Deux cas d'épistaxis très légère, observations 50 et 62. Un purpura (observation 111) qui a évolué vers la guérison.

Les formes œdémateuses et ascitiques : 2 cas. Ces formes nous ont toujours paru associées réalisant ainsi le tableau d'une cirrhose subaiguë. Dans l'observation 30, comme dans l'observation 111, ascite et œdèmes étaient associés. Le premier cas a évolué rapidement vers la mort, en un mois. à la façon d'une cirrhose. Le deuxième au contraire a guéri et est actuellement en excellente santé.

Dans les deux cas l'ascite est très abondante. La fréquence des formes hépatiques est de 5,1 %. En réalité, cette fréquence est un peu excessive car nous avons classé l'observation 111 à la fois dans les formes hémorragiques et dans les formes œdémateuses.

FORMES RÉNALES

Alors que celles-ci sont considérées comme exceptionnelles, elles paraissent au Professeur LAPORTE et à nous-même relativement plus fréquentes. Nous en avons observé 4 cas. Une albuminurie simple dans un cas, observ. 52, où l'évolution s'est faite vers la mort.

Néphrite subaiguë : 3 cas.

Dans l'observation 20, il s'agit d'une néphrite hypertensive; la guérison de la mélitococcie a été affirmée avec un recul de 17 mois, mais la néphrite continue à évoluer. T. A. : 20,12, urée du sérum : 0,98.

Dans l'observation 49, il s'agit d'une forme œdémateuse, l'œdème et l'albuminurie ont regressé rapidement et la guérison de la néphrite a pu être affirmée avec un recul de 16 mois aussi bien que la guérison de la brucellose.

Dans l'observation 83, il s'agit d'une néphrite survenue en cours d'hospitalisation, le malade se trouve encore dans le service.

Reste un cas qu'il nous semble difficile d'admettre dans la statistique: il s'agit d'une albuminurie orthostatique découverte dans le service; le seul test qui nous permettrait de l'inclure dans les formes rénales serait la disparition avec le traitement de la mélitococcie, mais le recul nous manque.

La fréquence de ces formes rénales peut être évaluée à 2,3 %. En dehors de ces quatre cas, nous avons constaté de nombreuses albuminuries au cours de formes sudoro-algiques.

FORMES SANGUINES

Nous avons vu les formes hémorragiques, les seules que nous ayons relevées : 2 à 3 %.

FORMES CARDIAQUES

Nous avons déjà dit au chapitre précédent que dans la seule observation que nous possédions à ce sujet, les arguments anatomiques nous manquaient. Aussi ne peut-elle être homologuée.

FORMES SPLÉNIQUES

Aucune observation n'en a été relevée.

FORMES CUTANÉES

Trois cas.

Nous avons recueilli deux observations d'éruption : dans l'observation 38, il s'agissait d'un érythème morbilliforme prédominant aux jambes et d'aphtes dans la bouche.

— Dans l'observation 54 nous constatons une éruption généralisée sans précision.

— Dans ces deux cas, l'éruption est apparue avant tout traitement.

— Reste un cas d'abcès à la fesse à mélitensis. observation n° 119.

— Fréquence des formes cutanées : 1,7 %.

FORMES DIGESTIVES

Trois cas.

Ici les observations nous ont paru originales. Dans l'une il s'agit d'un syndrome pseudo-appendiculaire chez un enfant, observation 109.

Dans un autre d'une colite aiguë avant tout traitement. Observation 80.

Dans une troisième, un syndrome pseudo-ulcéreux (observation 69), celle-ci serait peut-être plus classique, mais il nous a paru rare d'observer un syndrome pseudo-ulcéreux aussi net.

Fréquence des formes digestives : 1,7 %.

FORMES AVEC ADÉNOPATHIES

Dans aucun des cas il ne s'agissait d'adénopathies généralisées ou évoluant par poussées parallèles aux ondes fébriles; ce que nous signalons ici c'est la présence d'adénopathies axillaires, cervicales ou inguinales au cours de la mélitococcie. Il n'y avait dans aucun des cas cités des lésions macroscopiques expliquant la présence de ces ganglions. Nous en avons relevé 7 cas.

Les biopsies pratiquées à l'heure actuelle par l'Ecole Montpelliéraine nous éclaireront très certainement sur ces points.

Fréquence : environ 4,1 %.

FORMES POLYVISCÉRALES

Nous avons relaté cette observation, n° 175, dans le premier chapitre.

Ainsi, si nous reprenons tous ces chiffres, nous trouvons sur 175 cas cités, 40 formes viscérales, soit 23 %.

La fréquence des orchites dans la mélitococcie : sur 135 hommes nous avons relevé 21 orchites; le pourcentage établi sur le nombre d'hommes donne 15,55 % des cas.

Dans le détail il est difficile de comparer nos chiffres avec ceux des autres régions ou avec des chiffres étrangers. Il ne nous a pas été possible en effet d'avoir connaissance des statistiques tant françaises qu'étrangères ; il nous a paru cependant que les formes rénales étaient beaucoup plus fréquentes que l'on croit ordinairement, ainsi que les épanchements pleuraux.

Fréquence de diverses localisations vicérales :

Formes respiratoires	8,1 %
Formes hépatiques	5,1 %
Formes avec adénopathies	4,1 %
Formes rénales	2,3 %
Formes cutanées	1,7 %
Formes digestives	1,7 %
	23 %

Nous remarquons dans le travail que nous venons d'effectuer, certaines analogies qui, pour ne constituer qu'une opinion très personnelle, nous paraissent mériter d'être signalées.

En effet, si d'une part, nous considérons l'extension de l'aire géographique de la mélitococcie et si d'autre part. nous considérons l'extension des formes à localisation viscérales, nous voyons que pour un nombre sensiblement égal de cas le pourcentage de formes à localisation viscérales paraît devoir être nettement plus élevé là où la mélitococcie est géographiquement la plus ancienne. si nous pouvons nous exprimer ainsi.

Il y aurait là peut-être une curieuse adaptation du bacille et peut-être un certain tropisme viscéral qui évoluerait non seulement dans le temps, comme le fait est couramment admis aujourd'hui, mais encore dans les lieux où la mélitococcie règne en maître depuis de nombreuses années.

CONCLUSION

— Par ordre d'importance nous insiterons d'abord sur la fréquence des formes rénales, ordinairement considérées comme tout à fait exceptionnelles.

— Les pleurésies méritent la même mention que les formes rénales.

— La fréquence approximative des localisations viscérales en dehors des formes ostéo-articulaires, nerveuses et épididymo-testiculaires peut être évaluée dans la région toulousaine à 23 % des cas, ce chiffre établi sur une statistique de 175 cas.

— La fréquence de l'orchite sur un chiffre de 135 hommes qui composent notre statistique masculine est de 15,5 %.

— Nous avons rangé dans la rubrique des formes digestives, trois formes anormales qui ne nous ont pas semblé avoir été signalées.

Forme pseudo - appendiculaire ;

Colite aiguë ;

Formes pseudo ulcéreuses nettes.

— Ainsi la fréquence de ces formes viscérales nous semble moins importante, tout au moins dans la région toulousaine, qu'on aurait pu le croire au premier abord.

Après avoir parcouru ces nombreuses observations nous constatons malgré tout que pour 77 % des cas, la mélitococcie mérite toujours le terme de *fièvre sudoro-algique* et les formes viscérales, si elles sont fréquentes, sont loin d'être les plus nombreuses.

Vu : Le Président de la Thèse :

ANDRIEU

Vu : pour le Doyen, l'Assesseur :

BRUSTIER

Vu et permis d'imprimer :

TOULOUSE, le 9 Juillet 1951

Le Recteur Président du Conseil de l'Université :

P. DOTTIN

BIBLIOGRAPHIE

1. Andrieu et Levrat. — Le traitement des brucelloses humaines par les associations des antibiotiques. *Revue Médicale de France,* juin 1951.
2. Andrieu, Laporte (J.), Olle, Monnier. — Epidémiologie de la fièvre ondulante dans les Pyrénées Centrales. *LXIX Congrès de l'Association Française pour l'avancement des Sciences.* Toulon, septembre 50.
3. Andrieu et Levrat (R.). — Traitement par les associations d'antibiogiques de 47 cas de fièvre ondulante. *Société de Médecine, Chirurgie et Pharmacie de Toulon.* 24-4-51.
4. Andral. — *Thèse de Toulouse :* La brucellose maladie professionnelle du vétérinaire.
5. Basset (J.). — *Presse Médicale 1948. — 503* — Brucellose et agglutination rapide.
6. Baudot. —*Société de Pathologie Respiratoire, juin 1949* Un abcès froid pleural mélitococcique.
7. Baugas (J.). — *Thèse Paris 1927* — Forme inhabituelle des mélitococcies.
8. Beatty (O. A.). — Manifestations de la fièvre ondulante dans le tractus respiratoire. *Amer. rev. tub., août 1937. — T.* 36. *n°* 2, *pp.* 283, 289.
9. Bernolin-Velay (M^lle). — *Thèse Alger 1946.* — Le cœur dans les brucelloses.
10. Betoux. — Les pseudo-tuberculoses mélitococciques. — Contribution à l'étude des formes pulmonaires de la fièvre de Malte. — *Presse Médicale, juin 1929.*
11. E. Bonnidan. — *Thèse Toulouse, juin 50.* — Le traitement de la Fièvre de Malte.
12. Casanova (F. E.), Apollonio (P.). — Brucellose et tuberculose. *Revista de pathologia e clinica della tuberculosi. Septembre 39,* T. 13, n° 9, p. 656.
13. Couronne. — *Thèse Toulouse 1949.* — Contribution à l'étude de l'insuffisance surrénale au cours des brucelloses.
14. Crosnier (R.), Bessège (H.), Neghe (P.). — Brucellose à formes hépato-splénomégaliques. *Bulletin Société Médicale des Hôpitaux de Paris, T.* 66, *1950. pp.* 800-812.

15. Giunchi (G.). — La splénectomie dans l'infection brucellaire. *Il poliniclo août 48.* — *T.* 51, *pp.* 127-137.

16. Gounelle (H.), Warter (J.). — Endocardite végétante au cours d'une mélitococcie. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 28 juin 1935.

17. Griesemers. — Altération des organes respiratoires dans la maladie de BANG. — *Thèse de Zurich 1942,* page 37.

18. Harwey. — Brucellose pulmonaire. — *Annals of international médecine,* avril 1948, T. 28, n° 4, pp. 768 à 782.

19. Janbon (M.) — Formes cliniques des brucelloses humaines. — *Revue de pathologie comparée et d'hygiène générale.* N°' 549-550, mai-juin 1944, p. 135.

20. Janbon, Lisbonne et Roman. — La spécificité de la bronchite mélitococcique. — Preuve de B. Mélitensis dans l'expectoration. *Académie de Médecine,* 11 mai 1943.

21. Janbon et Balmes (A.). Sur les manifestations respiratoires au cours de la fièvre ondulante. *XX° Congrès français de Médecine, Montpellier,* octobre 1929.

22. Janbon et Mathieu. — Les mélitococcies à forme pseudo-tuberculeuse, *Montpellier Médical,* juillet 1935. page 201.

23. Janbon. — Brucellose, traitement, les moyens thérapeutiques. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (infectieuse), 1951.

24. Ledoux (E.). — Endocardite mélitococcique. — *Archives Maladie du cœur,* Mai-Juin 1940, n°' 5-6. pages 198-204.

25. Lisbonne et Janbon. — Détermination hépatique de la mélitococcie. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (infectieuse), 1939.

26. Picard (J.). — *Presse Médicale,* 1948, n° 596. Formes inhabituelles de la brucellose.

27. Popp (L.) — Infection de BANG et cirrhose du foie Zeitschrif. *Fur Kinische medizin* 23-12-43, T,. 143, pp. 346-347.

28. Puech (A.), Rimbaud (P.), Guibert et Ravoire. — Evolution de la fièvre ondulante, forme polyviscérale mortelle de la mélitococcie. *Soc. Méd. et Biol. de Montpellier,* 16 février 1932.

29. Puech et Vidal. — Pleurésie séro-fibrineuse mélitococcique. *Soc. Méd. Montpellier,* mars 1933.

30. Raynaud (R.), Huguenin et Portier. — Mélitococcie à détermination viscérale, endocardite végétante mortelle. *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris,* 13 mai 38.

31. Raynaud (R.). — Endocardite. *Paris Médical*, 1939 n° 14.

32. Rimbaud (P.). — *Traité de Médecine* (infectieuse). — Les brucelloses. *pp.* 102-137.

33. Rimbaud (P.), Janbon (M.). — Le foie dans la mélitococcie. *Journal Médical Français*, mars 1936.

34. Rimbaud (P.), Serre (H.), Vedel (A.). — Hépatonéphrites mélitococciques. *Soc. Sc. Méd. et Biol. de Montpellier*, 7 mai 1943.

35. Rimbaud (L.) et Serre (H.). — L'hépatite mélitococcique. *Archives de maladies de l'appareil digestif*, juillet et août 1940, page 313.

36. Rimbaud, Janbon. — Le foie dans la mélitococcie. — *Journ. Méd. français*, mars 1936.

37. Rubegni (R.). — Altération électro-cardiographique au cours de la fièvre de Malte. *Cuore et circulazione*, avril 1939, T. 23, pp. 169-191.

38. Signorelli, Spleen, Lever. — Association in hépathie complication of ondulant fever.

39. Schmith (K.-M.) et Curtis. — Brucellose avec endocardite. *American journ. S. C.* Septembre 1939, T. 198, pp. 342-346.

40. Sockeel. — Forme polyviscérale de la mélitococcie. *Thèse Montpellier, 1944.*

41. Spink, Hofbauer. Walker, Green. — Histopathologie du foie dans la brucellose humaine. *Journal Of Laboratory and clinical med.*, janvier 1948, T. 34, pp. 40-58.

42. Spink, Titruo, Kabler. — *American Journ. of Med. sc.* — Un cas d'endocardite à brucella avec des constatations bactériologiques et pathologiques. Juin 1942, T. 203, pp. 797 à 801.

43. Stettbacher, Wegmann. — Contribution à la clinique des brucelloses, un cas de fièvre de Malte miliaire. Scweizerinch, *Med. Wochenschrifft*, 16 avril 1949, T. 79, n° 15, pp. 337-342.

44. Tapie. — *Société de Méd. et Chir. de Toulouse.*

45. Tronyo. — *Thèse Montpellier 1944.* Contribution à l'étude des formes polyviscérales des brucelloses.

TABLE DES MATIÈRES

pages

INTRODUCTION 9

CHAPITRE PREMIER

1. — Formes respiratoires 11
2. — Formes hépatiques 14
3. — Formes rénales 17
4. — Formes cardio-vasculaires 18
5. — Formes sanguines 19
6. — Formes spleniques 20
7. — Formes digestives 20
8. — Formes adénomégaliques 21
9. — Formes cutanées 21
10. — Formes polyviscérales 22

CHAPITRE II

11. — Etude statistique 23
12. — Observations 23
13. — Etude des fréquences 34
14. — Conclusion 39
15 — Bibliographie 41

Table des matières 44

CAUSSE
GRAILLE
CASTELNAU
— IMPRIMEURS —
MONTPELLIER